

【感染症スクリーニング】※必須

HBs-Ag (- / + / 未)・HCV-Ab (- / + / 未)・HTLV-1-Ab (- / + / 未)・HIV-Ag/Ab (- / + / 未)

病歴用紙 (小児用)

検体番号

ふりがな

患者氏名 : _____ 患者 ID : _____

生年月日 : _____年_____月_____日 (満 歳 カ月) 性別 : 男 ・ 女

人種 : 日本人・その他 (_____) ※特に遺伝学的解析の際には可能な範囲で聴取してください

臨床診断 : _____

検体の種類 : 骨格筋、末梢神経、皮膚、血液、その他 (_____) 培養の有無 : あり、なし

採取部位 (筋名) : (右・左) _____ (_____年_____月_____日施行)

結果送付先 機関名 : _____ 科名 : _____

住所 : 〒

TEL :

主治医氏名 : _____ E-mail : _____

(複数名の場合、結果送付時の宛名となる代表者名 (なるべく長期的に連絡可能な方) を最初に記載して下さい)

主訴 : _____

現病歴 : _____

家族歴 :

両親血族婚 (無・有 _____)

神経筋疾患 (無・有 _____)

家系図

周産期 :

母体の異常 (無・有 _____)

羊水量 (正常・過少・過多) 胎動 (正常・微弱)

新生児期 :

出生時体重 _____ kg 身長 _____ cm 在胎 _____ 週 仮死 (無・有)

分娩 (自然・吸引・帝切・その他 _____) Apgar Score (1/5分) : _____ / _____ 点

異常所見 黄疸 (軽・中・重) 呼吸障害 痙攣 哺乳障害 啼泣微弱

人工呼吸器使用 チューブ栄養 関節拘縮 (肩・肘・手・手指・股・膝・足)

その他 _____ 低血糖 電解質

発達歴 : 追視 () 頸定 () 独座 () 這行 ()

独立ち () 独歩 () 有意語 () 二語文 ()

身体所見 : _____年_____月_____日時点

身長 _____ cm (SD) 体重 _____ kg 頭圍 _____ cm (SD) 胸圍 _____ cm

皮膚異常 (無・有:ケロイド・過伸展・その他_____)

脊柱変形 (無・前弯・側弯) 胸郭変形 (無・有:漏斗胸・鳩胸) 股関節脱臼 (無・有)

関節拘縮 (無・有 部位:_____)

関節過伸展 (無・有 部位:_____)

斜頸 (無・有) 頸部運動制限 (無・有 前屈・後屈・回旋)

高口蓋 (無・有:狭高口蓋・広高口蓋) 停留精巣 (無・有) 小奇形 (無・有:_____)

呼吸障害 (無・有) 人工呼吸器の使用 (無・有: 歳から・NPPV・TPPV)

脳神経系: 眼瞼下垂 (無・有) 眼球運動障害 (無・有) 顔面筋罹患 (無・有)

構音・発声障害 (無・有) 嚥下障害 (無・有)

運動系: 四肢筋力低下 (無・有:近位筋優位・全般性・遠位筋優位・左右差)

頸部筋力低下 (無・有) 筋緊張 (正常・低下・亢進) Myotonia (無・有:_____)

筋萎縮 (無・有:_____)

翼状肩甲 (無・有:_____)

筋肥大 (無・有:腓腹筋・舌・その他_____)

深部腱反射 (正常・低下・消失・亢進)

筋力変動 (無・有:日内・週・月単位)

筋痛 (無・有:部位_____, 運動中(運動開始から発症までの時間_____)・運動後)

座位保持 (可・不可)

起立異常 (無・有:Gowers' sign・その他_____)

歩行異常 (無・有:_____・歩行不可:車椅子使用 (無・有: 歳から)

走行 (可・不可)

小脳症状:(無・有:_____)

不随意運動:(無・有:_____)

感覚系:(正常・異常_____)

知能:(正常・境界・低下) IQ, DQ _____

痙攣発作:(無・有:_____)

脳卒中様エピソード:(無・有:_____)

その他: _____

検査所見:

安静時CK _____ (基準値 _____) Aldolase _____ (基準値 _____)

AST _____ ALT _____ CRP _____ ESR _____

乳酸 (血中) _____ (正常値 _____) (髄液中) _____

ピルビン酸 (血中) _____ (正常値 _____) (髄液中) _____

各種自己抗体 _____

感染症 (冒頭欄外記載のもの以外) _____

内分泌系 _____

前腕運動負荷試験 _____

筋電図 _____

神経伝導検査・RNS _____

画像所見 (できれば CD-R で画像データをお送りください)

(筋:CT・MRI・エコー) _____

(中枢神経系:CT・MRI) _____

心電図/心エコー _____

呼吸機能:VC _____ L %VC _____ % (座位・臥位)

眼底所見 _____ その他 _____

筋炎が疑われる場合、このページにもご記入ください

追加病歴（筋炎用）

検体番号

臨床所見

皮疹： ゴットロン徴候（無・有） 機械工の手（無・有） ヘリオトロープ疹（無・有）
その他の皮疹（無・有 _____）
皮膚生検（無・有 所見 _____）

運動系： 筋痛（無・有）
嚥下障害（無・有）

検査所見

血液一般検査： WBC _____ / μ l Hgb _____ g/dl 血小板 _____ / μ l

尿所見： 尿蛋白（無・有）

免疫学的検査：

抗 ARS 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）	抗 Jo-1 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）
抗 SRP 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）	抗ミトコンドリア M2 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）
抗 HMGR 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）	抗 TIF1 γ 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）
抗 MDA5 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）	抗 Mi-2 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）
抗 NXP-2 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）	抗 SAE 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）
抗 SS-A 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）	抗 SS-B 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）
抗 RNP 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）	抗 Scl-70 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）
抗 DNA 抗体	（ -・+ _____ 倍・未）	抗核抗体 _____ 倍 _____ 型	

筋外合併症

間質性肺病変（無・有） KL-6 _____ 心筋病変（無・有）

胸部単純 X 線所見 _____

胸部 CT 所見 _____

筋炎発症時の悪性腫瘍（無・有 病名 _____）

悪性腫瘍の既往（無・有 病名 _____ 筋炎発症何年前から？ _____）

他の膠原病との合併（無・有 症状と所見 _____）

スタチン製剤の使用（無・有：使用中・過去に使用 薬品名・時期 _____）

（血液検体を送付する場合は以下の欄にも記載して下さい） 採血日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

採血時のステロイド・免疫修飾薬の使用（無・有 _____）

採血時の原疾患以外の活動性炎症（感冒，アレルギー，外傷等を含む）（無・有 _____）

FSHD が疑われる場合、このページにもご記入ください

追加病歴（顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー（FSHD）用） 検体番号

家族歴 （無・有） →ありの場合 病歴用紙に詳細な家系図を記入してください

自覚症状

薄目を開けて寝ている（無・有）	___歳から	目が閉じづらい	（無・有）	___歳から	
口笛が吹けない	（無・有）	___歳から	ストローで水が飲めない	（無・有）	___歳から
口が閉じづらい	（無・有）	___歳から	鉄棒で逆上がりができない	（無・有）	___歳から
腕が挙げづらい	（無・有）	___歳から	棚にももの上げるのが苦手	（無・有）	___歳から
難なく椅子から起立可能	（はい・いいえ）				
椅子から起立可能だが手で支えないといけない	（はい・いいえ）				
歩行可能だが椅子から起立できない	（はい・いいえ）				
歩行不可	（はい・いいえ）				

診察所見

翼状肩甲 （無・右優位・左優位・両側同等）	肩外転での肩甲骨上方移動（無・有）		
まつ毛徴候（無・右優位・左優位・両側同等）	Beavor 徴候（無・有）		
舌萎縮（無・有）	嚥下障害（無・有）	漏斗胸（無・有）	腰椎前彎（無・有）

<筋力低下・筋萎縮>

眼輪筋	（無・右優位・左優位・両側同等）	大腿四頭筋	（無・右優位・左優位・両側同等）
口輪筋	（無・右優位・左優位・両側同等）	Hamstrings	（無・右優位・左優位・両側同等）
上腕二頭筋	（無・右優位・左優位・両側同等）	前脛骨筋	（無・右優位・左優位・両側同等）
三角筋	（無・右優位・左優位・両側同等）	腓腹筋	（無・右優位・左優位・両側同等）
大胸筋	（無・右優位・左優位・両側同等）		

<筋外症状>

聴力（未検 / 正常・難聴あり 右___dB/左___dB） 網膜血管異常（未検 / 無・有_____）
その他 _____

自己免疫疾患の合併 （無・有_____）

抗 AChR 抗体（-・+：_____倍・未） 抗 SRP 抗体（-・+：_____倍・未） その他（_____）

その他の所見（臨床的に FSHD と考えるに至った情報を自由にご記載ください）